



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Semaine de relâche



Détails du dossier de l'enfant

NOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :

ÂGE :

SEXE : F M

ANNÉE SCOLAIRE :

NOM DE L'ÉCOLE :

Détails des contacts au dossier de l'enfant

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE :

NOM ET PRÉNOM DU PÈRE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE (maison) :

TÉLÉPHONE (travail) : MÈRE

PÈRE

TÉLÉPHONE (cellulaire) : MÈRE

PÈRE

COURRIEL :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

NOM ET PRÉNOM

CONTACT

TÉLÉPHONE (maison)

CELLULAIRE / TRAVAIL

Personnes à contacter en cas d'urgence

NOM ET PRÉNOM

CONTACT

TÉLÉPHONE (maison)

CELLULAIRE / TRAVAIL

FORMULAIRE D'INSCRIPTION (SUITE)

Dossier médical

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :

ALLERGIES :

AUTRES CONDITIONS MÉDICALES IMPORTANTES À SAVOIR :

Notes supplémentaires

Modalités de paiement et règlements

Vous recevrez par courriel une confirmation de l'inscription de votre enfant, les modalités de paiement ainsi que les règlements (à signer et à nous remettre avant le début de la semaine de relâche).
Pour toutes informations supplémentaires, n'hésitez pas à nous joindre par téléphone ou visitez notre site Internet!

Tarif :

| | |
|---|---|
| 120 \$ Par enfant pour la semaine | 35 \$ Par jour, par enfant |
| 100 \$ Par enfant pour 2 enfants ou plus par famille pour la semaine | 32⁵⁰ \$ Par jour, par enfant pour 2 enfants ou plus par famille |

J'aimerais que mon enfant participe à :

- Semaine de relâche du 4 au 8 mars 2019
- Lundi 4 mars Jeudi 7 mars
- Mardi 5 mars Vendredi 8 mars
- Mercredi 6 mars

Horaire : de 8 h à 17 h 30

Je déclare, sous-signé(e) que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.

J'autorise le personnel du Domaine Saint-Bernard à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant (transport à l'urgence, appel au médecin, etc.) en cas d'urgence (maladie soudaine, accident, etc.)

Signature de l'autorité parentale

Date

À remplir et à retourner à l'adresse suivante :

isabelle@domainsaintbernard.org • 819-425-3588 poste 225

